

Incidencia de adenocarcinoma de cuello uterino en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

Dras. *María Alejandra Altuve**, *Nazira Monsalve***, *María Eugenia Noguera****

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la incidencia de adenocarcinoma de cuello uterino en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Métodos: Estudio tipo descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes con adenocarcinoma de cuello uterino en el período 2005 al primer semestre 2011.

Resultados: Durante el período del estudio, se evidenció que el adenocarcinoma de cuello uterino representó el 7,1 % de los casos, siendo notable su incremento en 75 % entre los años 2007 y 2010 en pacientes con edad promedio de 48,9 años y procedentes el Estado Mérida en su mayoría. El tipo histológico de mayor relevancia fue el adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical en el 41 % de los casos. El 46 % de las pacientes tenían antecedentes citológicos alterados predominando las LIE-AG en el 28 % y AGUS en 7 %. El 43 % de las pacientes fueron referidas para recibir tratamiento oncológico y el diagnóstico se realizó en estadios avanzados (IIIB).

Conclusión: El adenocarcinoma de cuello uterino ha incrementado en los últimos años, diagnosticándose su mayoría en estadios tardíos, aunque el despistaje citológico no abarca al total de la población femenina.

Palabras clave: Incidencia. Adenocarcinoma. Histopatología. Estadificación. Epidemiología.

SUMMARY

Objective: Evaluate the incidence of cervical adenocarcinoma at the Instituto Autonomo Hospital Universitario de Los Andes.

Methods: Retrospective and descriptive study, by reviewing medical records of patients with cervical adenocarcinoma in the period from 2005 to the first semester of 2011.

Results: During the study period, it was shown that cervical adenocarcinoma represented the 7,1 % of cases, being this an important increase in 75 % between 2007 and 2010 in patients with a mean age of 48.9 years and most of them from Mérida state. The most important histological type was mucinous adenocarcinoma of endocervical type in 43 % of the cases. The 46 % of patients had history of altered cytological study with predominance of LIE-AG at 28 % and AGUS at 7 %. The 43 % of patients were referred for cancer treatment and the diagnosis was made in advanced stages (IIIB).

Conclusion: Cervical adenocarcinoma has increased in recent years, most of them diagnosed in late stages, although the cytological screening does not cover the total female population.

Key words: Incidence. Adenocarcinoma. Histopathology. Staging. Epidemiology.

* Médico especialista en Obstetricia y Ginecología Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida.

** Médico especialista en Obstetricia y Ginecología y Jefe del Servicio de Ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela. Profesora del departamento Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes – Mérida.

*** Médico especialista en Obstetricia y Ginecología Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Profesora del departamento Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes – Mérida. Servicio de Ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

El cáncer, uno de los flagelos más temidos de la humanidad, se ha convertido en un desafío para la ciencia médica moderna y para los organismos de salud, ya que ocupa el segundo lugar en frecuencia de mortalidad a nivel mundial después de las enfermedades cardiovasculares (1).

A pesar de ser una de las neoplasias de más fácil diagnóstico, abordaje terapéutico y preventivo, sigue ocupando uno de los primeros lugares entre las causas de mortalidad femenina en el mundo; y se ha convertido además, en el principal problema de salud pública en las mujeres activas sexualmente de los países subdesarrollados, debido a la insuficiencia, o inexistencia de sistemas de detección precoz consecuencia de las precarias condiciones socioeconómicas y culturales que se encuentra en estos países. En contraposición, en los países desarrollados, que disponen de sistemas de amplia cobertura en el cribado citológico, se ha observado una disminución significativa en la incidencia y mortalidad por esta causa.

En el mundo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer es la neoplasia maligna del cuello uterino y el 85 % de estas muertes ocurren en los países subdesarrollados (1).

El descubrimiento reciente de la relación causal entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cérvix supone un cambio radical en la epidemiología e historia natural de la enfermedad considerándose como una enfermedad de transmisión sexual (2). Se ha demostrado la íntima relación existente entre ciertos serotipos del VPH en la etiología del carcinoma de cuello uterino en el 99,7 % de los casos, siendo los serotipos 16 y 18 los responsables de hasta un 70 % de los mismos. Esta asociación se ha evidenciado como causal necesaria, aunque no suficiente para el desarrollo del cáncer de cérvix y de sus lesiones precursoras, porque existen otros cofactores relacionados (2).

En Venezuela, el cáncer de cuello uterino (CCU) tiene una incidencia de 25,54 %, seguida de cáncer de mama 16,42 % y cáncer de colon y recto 7,03 % (3). El CCU es una de las primeras causas de mortalidad, reportándose 1 178 casos en el 2003. Para el año 2007, se diagnosticaron alrededor de 4 000 casos nuevos con 1 602 defunciones en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 60 años siendo la región zuliana y los estados centrales los más afectados (4).

Este tipo de cáncer ocupó en el año 2003, el primer lugar de morbilidad y tercer lugar de mortalidad por

tumores malignos en el Estado Mérida (Venezuela), especialmente en mujeres de 45 y 64 años según lo reportado por Muñoz y col. (5).

A nivel mundial el adenocarcinoma (ADC) del cuello uterino (ADCCU) se ha incrementado en los últimos 30 años, representando entre 10 % a 15 % del total de lesiones epiteliales malignas de dicha localización (6). En la génesis del ADCCU cumple un papel muy importante el serotipo oncogénico 18 detectado en 97,67 % de los casos (2).

En virtud de que no existe ningún estudio que reporte la incidencia del ADCCU, se pretende revisar las historias clínicas de los últimos cinco años comprendidos desde el 2005 hasta el primer semestre de 2011 en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) para dilucidar las siguientes interrogantes: ¿Cuál fue la incidencia de ADCCU en este centro de salud durante los últimos cinco años? ¿Las pacientes portadoras de esta neoplasia maligna son en su mayoría del Estado Mérida? ¿Cuál fue el tipo histológico y el grado de diferenciación más frecuente de estos tumores? ¿En qué estadios se realizó con más frecuencia el diagnóstico de esta neoplasia? ¿Existieron cofactores predisponentes para que estas pacientes desarrollaran ADCCU? ¿Qué servicios atendieron a las pacientes? ¿Cuál fue el motivo de consulta más frecuente?

La información epidemiológica aportada en Venezuela por el Ministerio para el Poder Popular para la Salud encuentra barreras difíciles de superar. La recopilación más amplia de datos epidemiológicos descriptivos disponibles sobre cáncer en Venezuela se refiere a cifras hasta el año 2005, donde el cáncer de cuello uterino se encontraba en primer lugar con 1 612 defunciones, representando el 18 % de las muertes por cáncer en mujeres (7).

A pesar de que el Estado Mérida, cuenta con una alta morbilidad y mortalidad a causa del carcinoma de cuello uterino no existen estudios previos reportados en el IAHULA que resalten la incidencia y las características clínico-patológicas del ADCCU.

En Estados Unidos y Europa Occidental a través de múltiples investigaciones, se concluyó que hubo un aumento importante en la frecuencia de ADCCU de 6 % entre los años 1950-1960, a un 20 % en la década de los 70 (8). El interés por el ADCCU se inició en la década de los 80 cuando en los países desarrollados, beneficiarios de la implementación de los programas de pesquisa, se observó, que si bien había disminuido sustancialmente los casos de carcinoma escamocelular, aquellos con diferenciación glandular habían aumentado, con el agravante de estar

afectando poblaciones de mujeres jóvenes. De ahí, la gran inquietud en investigar sobre su epidemiología, comportamiento biológico, tratamiento, pronóstico, mejor caracterización clínico-patológica y factores de riesgo (6).

El análisis de los registros de cáncer en Inglaterra, reveló un incremento de la incidencia de ADCCU de $0,5 \times 10^5$ mujeres con edades entre 30-34 años en el año 1971 a $4,5 \times 10^5$ mujeres del mismo grupo etario en 1980; y en Canadá se apreció un incremento en la incidencia de ADC de cérvix de $1,3 \times 10^5$ mujeres entre 1970-1972 a $1,8 \times 10^5$ mujeres, entre 1994-1996 (9).

Becerra y col. (10), reportaron que en Latinoamérica diferentes instituciones habían informado datos al respecto: el Instituto de Enfermedades Neoplásicas de México reportó una frecuencia de ADCCU del 6,5 % de todos los cánceres de cérvix en el período comprendido entre 1985-1994.

Jiménez y col. (11), describieron que en la Maternidad "Concepción Palacios" Caracas, el ADC representó el 5,2 % de todos los cánceres de cuello uterino para el quinquenio 1979-1983 presentándose luego un incremento a 7,4 % durante el decenio 1984-1994. Por su parte Lorenzo y col. (12), plantearon que en la sección de Ginecopatología del Instituto Anatomopatológico "Dr. José A. O'Daly", Universidad Central de Venezuela el ADC representó el 4,3 % de los cánceres de cuello uterino, no obstante, se desconocía la tendencia de esta patología en el ámbito nacional.

Por su parte, Dunton (13), planteó en su estudio sobre el tratamiento de las células glandulares atípicas y carcinoma *in situ*, que la detección de atipias glandulares se producía en una proporción menor del 0,5 % y que la tasa de neoplasia subyacente significativa comprendía del 9 % al 50 %.

Los carcinomas epidermoides, representan más del 85 % de los casos, pueden ser queratinizantes y no queratinizantes con diferentes grados de diferenciación según las semejanzas al epitelio original (14). Los ADC, surgen de las células de las glándulas endocervicales y debido a que se originan en el canal endocervical, pueden tener una evolución prolongada antes de hacerse clínicamente visibles. Estos tumores forman masas importantes que expanden el canal endocervical dando un aspecto de barril o tonel (15).

De acuerdo con los datos de la *Surveillance Epidemiology and Ends Results* de EEUU, en el período de 1973 a 1976, los ADC invasores representaron el 12,4 % de los tumores malignos del cuello uterino, mientras que los espinocelulares contribuyeron con 87,6 %. Entre los

años 2001-2004 la incidencia del ADC invasor aumentó a 24,6 % y la variedad espinocelular disminuyó a 69,3 % (2). Algunos autores plantean que los ADC presentan mayor profundidad de invasión, llegan al espacio linfovascular y promueven metástasis en los linfonodos precozmente con menor tasa de sobrevida en 5 años por lo que su pronóstico es más sombrío (15,16).

A nivel mundial, el ADC primario del cuello uterino se ha incrementado en los últimos 30 años, representando del 10 % al 15 % de las lesiones epiteliales malignas en dicha localización (6).

El objetivo fue evaluar la incidencia de ADC de cuello uterino en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante el período comprendido entre los años 2005 y el primer semestre de 2011.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo basado en la información tomada de historias clínicas de pacientes que acudieron a los servicios de oncología y ginecología del IAHULA entre los años 2005 y el primer semestre de 2011. Se revisaron 883 historias clínicas de pacientes con diagnóstico positivo para cáncer de cuello uterino y se encontraron 63 casos de adenocarcinoma de cuello uterino en sus diferentes variantes histológicas, que fueron reportados en un formato ad hoc. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows versión 19.0, se aplicaron las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y las medidas de dispersión (rango, varianza y la desviación estándar con un intervalo de confianza del 95 % (IC95 %)). Los resultados se plasmaron en cuadros y figuras.

RESULTADOS

En el período estudiado, se encontraron 63 historias clínicas de pacientes portadoras de ADC en cuello uterino, representando el 7,1 % del total de casos de cáncer de cérvix encontrados para ese mismo período en la institución (883 casos). Entre los años 2006 a 2008 se reportó un incremento importante del número de casos, alcanzando un total de 16 casos en el año 2008, manteniéndose similar la tendencia hasta el 2010 (Cuadro 1).

De igual manera en la distribución porcentual por grupos de edades se aprecia que la incidencia de ADC de cuello uterino se presenta en edades mayores de 30 años ubicándose el mayor porcentaje de pacientes (41 %) en el grupo de mayores de 50 años de edad (Cuadro 1).

INCIDENCIA DE ADENOCARCINOMA DE CUELLO UTERINO

Cuadro 1

Casos de adenocarcinoma de cuello uterino reportados por año según grupos etarios

Años	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	Total
Grupo etario								
<25			1			1	1	3 (4,7 %)
25 - 30	1			1			1	3 (4,7 %)
31 - 40	1	1	3	3	2	2	1	13 (20,6 %)
41 - 50	3		3	6	2	4		18 (28,7 %)
>50		2	4	6	5	4	5	26 (41,3 %)
Total	5 (7,9 %)	3 (4,7 %)	11 (17,5 %)	16 (25,4 %)	9 (14,3 %)	11 (17,5 %)	8 (12,7 %)	63

* Primer semestre del año.

Fuente: Base de datos recopilada de historias clínicas del IAHULA (2005 -2011).

La edad promedio fue de 49 ± 15 años. La sexarquia fue de 17 ± 3 años (mínimo 12 y máximo 34), el 78 % de las pacientes reportaron el inicio de las relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años (OR= 3,5). El número de parejas sexuales estuvo alrededor de 2 (mínimo 1 y máximo. 4), y con respecto al número de partos se evidenció un promedio de 4 (mínimo 0 y máximo 11) (Cuadro 2).

En la Figura 1 se aprecia que un 41 % (26 pacientes) no se había realizado citologías cervicales, por su parte el 59 % restante presentó resultados citológicos encabezados por la lesión intraepitelial de alto grado (LIE AG) 28 % (17), seguidas por lesión intraepitelial de bajo grado (LIE BG) y células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGUS) con 9 % y 7 %

respectivamente, el resto de alteraciones citológicas estuvo por debajo del 5 %.

Más del 70 % de los ADCCU estuvieron representados por los siguientes tipos histológicos: ADC mucinoso endocervical (41 %), ADC papilar (24 %), ADC adenoescamoso (13 %), del 22 % restante los menos frecuentes fueron los ADC *in situ*, ADC mucinoso intestinal y adenoacantoma con menos del 2 % (Cuadro 3).

En el Cuadro 4 se analiza el motivo de consulta y estadificación según FIGO de las pacientes que acudieron al IAHULA. Destacó en un 43 % (27) fueron referencias al servicio de oncología para la realización de tratamiento oncológico respectivo por tener ya un diagnóstico establecido. En segundo lugar se apreció en 24 % (15) de los casos tenían reportes de citologías cervicales alteradas y, finalmente en tercer lugar con un 28 % para sangrado genital, repartidos un 14 % para metrorragias y el otro 14 % para sinusorragia respectivamente. Al analizar el estadio FIGO (29) en el cual se realizó el diagnóstico de adenocarcinoma de cuello uterino se apreció que en su mayoría fueron estadios avanzados, de los cuales el 27 % (17) se realizó en estadio IIIB y el 18 % (11) en estadio IIB. En 11 casos representando el 18 % se encontró ADC *in situ*.

El 62 % (39 casos) de los ADC reportados fueron de grado de diferenciación G1 y G2 bien y moderadamente diferenciados; seguidos por los de grado de diferenciación desconocido en un 25 % de los casos (Cuadro 5).

Cuadro 2

Características epidemiológicas de las pacientes con adenocarcinoma

	Edad	Sexarquia	Nº Parejas sexuales	Partos
Media	48,95	16,84	2,22	3,94
Desv. típ.	14,63	3,46	0,975	2,68
Mínimo	22	12,00	1	0
Máximo	83	34,00	4	11

Fuente: Base de datos recopilada de historias clínicas del IAHULA (2005 -2011)

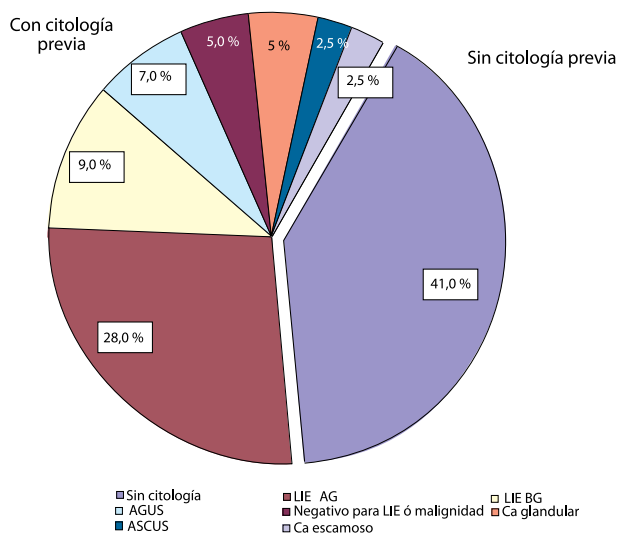


Figura 1. Reportes citológicos previos al diagnóstico de adenocarcinoma de cuello uterino.

Cuadro 3
Casos de adenocarcinoma de cuello uterino según tipo histológico

Clasificación histológica de			
ADC de cuello uterino	Fr	%	Σ%
ADC mucinoso endocervical	26	41,3	41,3
ADC papilar	15	23,8	65,1
Adenoescamoso	8	12,7	77,8
ADC de células claras	6	9,5	87,3
ADC endometriode	3	4,7	92,0
ADC velloglandular	2	3,2	95,2
ADC <i>in situ</i>	1	1,6	96,8
ADC mucinoso intestinal	1	1,6	98,4
Adenoacantoma	1	1,6	100,0
Total	63	100,0	

ADC: adenocarcinoma

Fuente: Base de datos recopilada de historias clínicas del IAHULA 2005 – 2011(primer semestre)

Cuadro 4
Motivo de consulta y estadificación según FIGO 2009 de adenocarcinoma de cuello uterino.

Síntomas FIGO	Metrorragia	Sinusorragia	Dolor pélvico	Citología alterada	Referidas	Total
* <i>In situ</i>		3	1	5	2	11(17,5 %)
IA1				1		1 (1,6 %)
IA2	1			1		2 (3,2 %)
IB1				4		4 (6,4 %)
IB2	1	1	1		1	4 (6,3 %)
IIA		1			4	5(7,8 %)
IIB	2	3	0	2	4	11 (17,5 %)
IIIA					1	1 (1,6 %)
IIIB	3	1	1	1	11	17(27 %)
IVA	2			1	3	6 (9,5 %)
IVB					1	1 (1,6 %)
Total	9	9	3	15	27	63
	14,3 %	14,3 %	4,8 %	23,8 %	42,8 %	

*No se incluye en la clasificación actual de la FIGO.

Fuente: Base de datos recopilada de historias clínicas del IAHULA (2005 -2011).

DISCUSIÓN

De las 883 historias clínicas revisadas en el período comprendido entre el año 2005 y la mitad de 2011, con patología maligna del cuello uterino en el IAHULA, ochocientos dos historias clínicas (92,9 %) correspondieron a casos de carcinoma de

tipo escamoso y el resto (7,1 %) se clasificó como adenocarcinomas. Dichos resultados superan los datos reportados por Lorenzo y col. (12) en un estudio realizado en la Universidad Central de Venezuela durante el período 1991-2001 en el que consiguieron que 4,3 % de los casos fueron adenocarcinomas de cuello uterino. Por otro lado el presente estudio supera en un 0,9 % a los reportados por Contreras (6) en el

INCIDENCIA DE ADENOCARCINOMA DE CUELLO UTERINO

Cuadro 5

Relación entre el número de casos de adenocarcinoma según la clasificación histológica y el grado de diferenciación

Grado diferenciación BIOPSIA LESIÓN	G1	G2	G3	Desconocido	Total
Adeno escamoso		1	1	6	8 (12,7 %)
Células claras		1	2	3	6 (9,5 %)
*ADC endometriode		3			3 (4,7 %)
ADC mucinoso endocervical	12	8	5	1	26 (41,3 %)
ADC mucinoso intestinal		1		0	1 (1,6 %)
ADC papilar	6	5		4	15 (23,8 %)
ADC velloglandular		1		1	2 (3,2 %)
**ADC <i>in situ</i>				1	1 (1,6 %)
Adenoacantoma	1				1 (1,6 %)
Total	19 (30,2 %)	20 (31,7 %)	8 (12,7 %)	16 (25,4 %)	63

ADC: adenocarcinoma

G1: bien diferenciado

G2: moderadamente diferenciado

G3: mal diferenciado

Fuente: Base de datos recopilada de historias clínicas del IAHULA (2005 -2011).

Hospital “Dr.Egor Nucete H.” Edo. Cojedes, realizado durante 1995 -2004 que reportó 6,2 % de los casos.

Al estudiar los casos de adenocarcinoma reportados, el 70 % predominó en edades superiores a los 40 años, con un promedio de 49 ± 15 años; resultados similares a los de Contreras (6), quien encontró que la edad promedio en su estudio fue de 49 años.

A nivel mundial se ha descrito que las condiciones socioeconómicas y culturales de los países subdesarrollados influyen en la aparición del cáncer de cérvix; se apreció que aquellas pacientes con sexarquia precoz y multiparidad se asocia con la aparición del ADC de cuello uterino, tal como lo afirman los estudios propuestos por De la Fuente (14), reporta que la sola presencia del VPH oncogénico si bien es causa necesaria para el desarrollo de cáncer de cuello uterino, amerita la presencia de cofactores descritos en el estudio.

Vásquez y col. (17), encontraron que las mujeres con partos previos y sexarquia precoz, tuvieron 5 veces más riesgo de padecer la enfermedad y; que las pacientes con hábitos tabáquicos tenían 2,4 veces más riesgo, lo cual coincide con el presente estudio, donde se encontró un riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino en mujeres con sexarquia precoz fue de 3,5.

En este estudio, se identificó como principal motivo de consulta las referencias en un 42,8 %, debido a

que el hospital es un centro de referencia regional; seguido de los sangrados genitales; cabe resaltar las pacientes que presentaban alteraciones citológicas de LIEAG, al completar el estudio anatomopatológico se apreció la presencia de ADC de cuello uterino como diagnóstico definitivo, coincidiendo con lo planteado por González y col. (18), que el motivo de consulta más frecuente de las pacientes con esta patología es la metrorragia y sinusorragia, seguida de leucorrea fétida, dolor pelviano, trastornos urinarios, rectales y de compresión linfática o venosa.

Por su parte, Alvarado (3), refirió que el cáncer de cuello uterino, en sus fases iniciales es asintomático y no posee características macroscópicas que permitan su diagnóstico, cuando aparece ya se encuentra en estadios avanzados.

El diagnóstico de las pacientes con ADC de cuello uterino en el presente estudio, se realizó en su mayoría en estadios avanzados, según la FIGO estadios IIB (17,5 %) y IIIB (37 %), tal como lo afirmaron González y col. (18).

Se encontraron 26 (41 %) casos sin reporte de citologías previas, lo que limitó conocer si estas pacientes cursaban con alguna alteración. Por su parte el 49 % restante presentó alteraciones citológicas encabezadas por las LIE AG en el 28 % de los casos, seguida por las LIE BG y AGUS con 9 % y 7 % respectivamente, y en 5 % de las citologías previas

el reporte fue negativo para LIE o malignidad. Por lo que se asoció a lo descrito Serman (19), Apgar y col. (20) y Viguí (21), Lacruz (22) quienes refieren que en las pacientes con atipias citológicas (AGUS y LIE AG) se encuentran una alta tasa de cáncer preinvasor e invasor. Por su parte, Dunton (13) y Brotzman y col. (23) plantean que la detección de atipias glandulares se produce en menos del 0,5 % y que la tasa de neoplasia subyacente significativa comprende del 9 % al 50 %.

González (24) plantea que el porcentaje de falsos negativos de la citología cervico-vaginal varía ampliamente en las diferentes estadísticas entre un 6 % y 55 %, probablemente por dos hechos fundamentales: la toma inadecuada del material y las interpretaciones incorrectas por parte del citólogo, hechos fundamentales que pudieron presentarse en las pacientes con reportes normales de citología.

De la Fuente y col. (25) reportaron un incremento de la prevalencia del VPH en torno a los 45-50 años, asociada a cambios de hábitos sexuales o una infección persistente, donde se aprecia un aumento en la incidencia de LIE AG y carcinomas invasores. Este estudio reveló que la incidencia de LIE-AG y carcinomas glandulares se presentó a partir de los 31 y 41 años respectivamente, asociado a las modificaciones en los hábitos sexuales.

El reporte histopatológico de las lesiones malignas del cuello uterino reveló que más del 65 % de los ADCCU estaba representado por el tipo histológico ADC mucinoso endocervical (41,3 %), seguido por el ADC papilar con un (23,8 %) y (18,5 %) respectivamente. Resultados similares a los referidos por González (26), en una publicación se hace mención de la clasificación de ADCCU establecida por la OMS, reportando que el ADC tipo mucinoso de cuello uterino se correspondería a las dos terceras partes de los casos. De igual manera Díaz (27) donde evidenció en su estudio que el ADC de tipo mucinoso representó alrededor del 70 %, resaltando el tipo endocervical.

El 62 % de los ADC reportados fueron de grado de diferenciación G1 y G2 bien y moderadamente diferenciados, representado un de los factores pronósticos de la enfermedad (28,29).

CONCLUSIONES

Se ha presentado un incremento en el número de casos de pacientes con adenocarcinoma de cuello uterino en el IAHULA, sin embargo, se desconoce la tendencia a nivel nacional.

El ADC se presentó en las mujeres con una edad

promedio de 49 años.

El número de partos y la edad de la sexarquia representan factores de riesgo en la aparición del ADC de cuello uterino, actuando como cofactores en la infección por VPH.

Los motivos de consulta predominante fueron alteraciones citológicas y sangrado genital.

Se evidencia una relación entre el grado de alteración celular en las citologías y el riesgo de progresión de la lesión, de tal forma que hay mayor probabilidad de progresión a adenocarcinoma en las citologías alteradas con LIE-AG y AGUS.

El tipo histológico más frecuente correspondió al ADC mucinoso endocervical y con grado de diferenciación celular bien y moderadamente diferenciados; datos importantes como factor pronóstico.

El diagnóstico de la mayoría de las pacientes con ADC de cuello uterino se realizó en estadios avanzados, desmejorando el pronóstico y la sobrevivencia.

Recomendaciones

Insistir en la realización del cribado citológico en las mujeres a partir de los 21 años o 3 años después de la sexarquia.

Concientizar a los médicos en atención primaria sobre la importancia del cribado citológico

Insistir en el llenado adecuado, y completo por parte del personal de historias médicas, estadísticas de salud y médicos tratantes, para poder realizar estudios epidemiológicos y vigilar la evolución de la historia natural de la enfermedad.

Mantener la realización de investigaciones nacionales que demuestran el problema de salud pública que constituye en cáncer de cuello uterino, en pro de lograr en nuestro país la vacunación para VPH; medida importante de prevención primaria.

REFERENCIAS

1. Larizgoitia I. Diagnóstico precoz del cáncer cervical: conocimiento actual sobre viejas y nuevas tecnologías. Barcelona: Agencia d'avaluació de Tecnologia i Recerca Medique; 2001.p.1-15.
2. Nogueira C, Chamorro J, Mesquita J. Lesiones del tracto genital inferior. Rev Científica Colposcopia. 2009;1(2):12-13.
3. Alvarado Cabrero I. Estado actual de la investigación de las lesiones glandulares del endocervix. Patología Rev Latinoamericana. 2008;46(2):101-111.
4. Capote Negrin LG. Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela. Rev Venez Oncol. [online]. 2006;18(4):269-281.

INCIDENCIA DE ADENOCARCINOMA DE CUELLO UTERINO

5. Muñoz M, Mendoza J, Téllez L, Noguera María, Moret O, López M, Toro M. Detección de VPH 16 y 18 en muestras de cérvix de mujeres que acuden a centros asistenciales de la ciudad de Mérida, Venezuela. *Revista Biomédica* 2003;14:61-68.
6. Contreras L. Adenocarcinoma de cuello uterino. Una patología en incremento. *Salus Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo*. 2007;11:35-39.
7. Oletta J, Carvajal A, Peña S. Cáncer un problema de salud en Venezuela con datos epidemiológicos retrasados. *Alerta epidemiológica* 194. Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas (RSCMV). 2011;3-8.
8. Wrigth TC, Ferenczy A, Kurman RJ. Carcinoma and other tumors of the cervix. New York. En: Kurman RJ, editor. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. 5ª edición. New York: Springer Verlag; 2002.p.325-381.
9. Shiliang L, Robert S, Yang M. Cervical Cancer: The increasing incidence of adenosquamous carcinoma in younger. *CMAJ*. 2001;164(8):1151-1152.
10. Becerra M, Alvarez L, Santos C, Galdos K, Oscar E, Morales O. Adenocarcinoma de cuello uterino. *Gynecol Obstet*. 2000;46(1):70-74.
11. Jiménez E, Gonzalez M, Paiva S, Jiménez JF. Adenocarcinoma de cuello uterino. *Rev Venez Oncol*. 1999;11:95-104.
12. Lorenzo CJ, Naranjo M, García V. Adenocarcinoma del cuello uterino. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo*. 2007;11(1):35-39.
13. Dunton CI. Tratamiento de las células glandulares atípicas y del adenocarcinoma *in situ*. *Clin Obstet Ginecol de Norteamérica*. 2008;35(4):623-632.
14. De La Fuente P. Patología tumoral de cuello uterino. En: Uzandizaga J, De La Fuente P, editores. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 2ª edición. McGraw-Hill Interamericana; 2005.p.345-383.
15. Philip JD. Cáncer cervical invasor. *Oncología ginecológica clínica*. Madrid: ELSEVIER; 2002:53-105.
16. Gonzales Merlo J, Gonzalez Bosquet J, Gonzales Bosquet E. Neoplasia cervical intraepitelial. *Ginecología*. 8ª edición. Barcelona: Masson; 2003.p.411-434.
17. Vázquez A, González J, De la Cruz F, Almirall A, Valdés Martínez R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2008;34(2):
18. Gonzales-Merlo J, Gonzalez Bosquet J, Gonzales Bosquet E. *Ginecología*. 8ª edición. Barcelona: Masson; 2003:19-37.
19. Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. *Perspectivas en prevención y tratamiento*. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67(4):318-323.
20. Apgar B, Rubin M M, Brotzman G. Principios y técnicas del examen colposcópico. En: Apgar B, Brotzman GL, editores. *Colposcopia principios y prácticas*. 2ª edición. España: Masson; 2010.p.121-133.
21. Vigui S. Citopatología de las lesiones intraepiteliales e invasoras del tracto genital inferior. En: Tatti S, editor. *Colposcopia y patologías del tracto genital inferior*. Buenos Aires: Panamericana; 2008.p.15-18.
22. Lacruz Pelea C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolaou a Bethesda 2001). *Rev Esp Patol*. 2003;36(1):5-10.
23. Brotzman G, Apgar BS. Zona de transformación anormal. En: Apgar BS, Brotzman GL, Spitzer M, editores. *Colposcopia, principios y práctica*. 2ª edición. España: Masson; 2010.p.183-192.
24. Gonzalez Merlo J. Lesiones premalignas de cérvix: Neoplasia cervical intraepitelial. Lesión escamosa intraepitelial. En: Gonzalez Merlo J, editor. *Ginecología Oncológica*. II. Barcelona: Masson; 2000.p.121-140.
25. De la Fuente P, Garzón A. Cáncer de cérvix. En: Uzandizaga JA, De La Fuente P, editores. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 2ª edición. España: McGraw-Hill- Interamericana; 2005;II(12):347-383.
26. Gonzalez E. Cáncer de cérvix. En: Gonzalez-Merlo J, editor. *Ginecología oncológica*. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2000.p.141-176.
27. Diaz L. Histopatología de la microinvasión y de las lesiones glandulares. En: Tatti. *Colposcopia y patologías del tracto genital inferior*. Buenos Aires. Panamericana; 2008.p.30-35.
28. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;105(2):103-104.
29. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D, et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:346-355.